

Würzburg, 1959

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Komm. Leiter: Prof. Dr. med. Viktor Dubrausky

ENTBINDUNGEN NACH VORAUSGEGANGENER EXTRAUTERINGRAVIDITÄT
AN DER UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK WÜRZBURG
in der Zeit vom 1. 1. 1940 - 31. 12. 1958

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians - Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

LANE LIBRARY. STANFORD UNIVERSITY

Elisabeth Schneider
aus Ebersbach

Würzburg 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153517_0200

Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
Komm. Leiter: Prof. Dr.med. Viktor Dubrausky

ENTBINDUNGEN NACH VORAUSGEGANGENER EXTRAUTERINGRAVIDITÄT
AN DER UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK WÜRZBURG
in der Zeit vom 1. 1. 1940 - 31. 12. 1958

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians - Universität Würzburg
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Elisabeth Schneider
aus Ebersbach

Würzburg 1959

Referent: Professor Dr. med. Victor Dubrauszky

Tag der Promotion:

7. 8. 59

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität Würzburg

Meinen Eltern in Dankbarkeit gewidmet

GLIEDERUNG

	Seite
I. Einleitung	1
II. Durchführung	8
1. Auswertung der 95 Fälle, vor allem anhand von 5 Kurven	
2. Diagnose der Extrauteringraviddtät	
3. Therapie der Extrauteringraviddtät	
4. Stellungnahme zur Frage der Ätiologie	
III. Zusammenfassung	18
IV. Literatur	I
Lebenslauf	

EINLEITUNG

Das Kapitel der Extrauteringravidität (EU) hat auch heute noch nicht an Interesse in der Frauenheilkunde verloren, obwohl zahlreiche Arbeiten darüber in der Literatur veröffentlicht wurden, in denen die verschiedensten Ansichten über Ätiologie, Diagnose und Therapie vertreten sind.

Meine Aufgabe war es die Entbindungen nach EU in den letzten 19 Jahren an der Universitätsfrauenklinik Würzburg herauszusuchen.

Da eine Arbeit gleichen Themas über die früheren Jahre weder an dieser Klinik noch an anderen gemacht wurde, waren keine Vergleichsmöglichkeiten vorhanden.

In der Zeit vom 1. 1. 1940 - 31. 12. 1958 haben an der Universitätsfrauenklinik Würzburg 26491 Frauen entbunden, deren Krankenblätter im Archiv dieser Klinik lückenlos zugänglich waren.

Die Geburtenanamnesen waren zwar recht kurz gehalten. Jedoch waren diese sehr sorgfältig und genau geführt, so daß sie als zuverlässige statistische Grundlagen verwertet werden konnten. Es war genau beschrieben, wieviel Geburten und Fehlgeburten der Entbindung vorausgegangen waren und welcher Art die Fehlgeburten gewesen sind. Unter den 95 von uns angegebenen Fällen, befinden sich nur eindeutige "Bauchhöhlenschwangerschaften".

Im Verlaufe der Arbeit werden wir nun die 95 Fälle näher erläutern, um uns dann hauptsächlich der Therapie der EU zuzuwenden. Weiterhin möchten wir die vielumstrittene Frage der Ätiologie und kurz die Diagnose streifen.

Wenn auch der Prozentsatz der normalen Schwangerschaften nach vorausgegangener Tubargravidität im Vergleich zu den Tubargraviditäten als solchen, recht gering erscheint, so ist es dennoch sehr wichtig, die EU so zu behandeln, daß eine erneute Konzeption nicht von vorneherein unmöglich wird. Selbst auf die Gefahr hin, daß eine erneute Tubargravidität entsteht, die ein lebensbedrohlicher Zustand werden könnte, sollte man dennoch bei einer solchen Gravidität nicht gleich beide Tuben entfernen. Diese konservative Haltung sollte man umso eher einnehmen, weil es sich meist um junge Frauen und solche, die noch nicht oder nur einmal geboren haben, handelt.

Unter den von uns gefundenen 95 Fällen befanden sich 39 Frauen, bei denen die EU die erste Gravidität gewesen ist. Das sind von den 75 Tubargraviditäten 50,66 % und 15 Frauen hatten vor der ektopischen Schwangerschaft nur einmal entbunden. Schon allein diese Zahlen sollten die Hoffnung auf eine fruchtbare Ehe über die Angst vor einer wiederholten Tubargravidität stellen.

Wie oft diese Frauen späterhin noch entbunden haben, war selbstverständlich im Rahmen dieser Arbeit nicht festzustellen; denn erstens ist das Einzugsgebiet der Universitätsfrauenklinik Würzburg sehr groß und zweitens werden ja meist nur die schwierigen Fälle von den praktischen Ärzten in die Universitätsklinik überwiesen.

Nach der Tubargravidität haben von unseren Frauen, 20 noch zweimal, eine noch fünfmal und eine Frau sogar noch neunmal entbunden, um nur einige zu nennen, die in unserer Klinik waren. Uns interessiert am meisten, ob die Frauen nach der EU nochmals intrauterin schwanger wurden und ob sie diese Schwangerschaft auch austragen konnten, denn häufig resultieren nach Tubargraviditäten sterile Ehen. Andererseits nimmt, nach Literaturangaben und Ergebnissen dieser Arbeit, mit der Anzahl der Entbindungen die Gefahr für weitere ectopische Schwangerschaften ab. Vielleicht spielt auch hier die "Bahnung" eine gewisse Rolle, die ja bekanntlich vor allem bei den Reflexen des vegetativen Nervensystems so wichtig ist.

Da es sich in dieser Arbeit um recht hohe Zahlen handelt, möchten wir hier einige Kurven einschieben, die die Verteilung der Fälle nach Jahren, Alter und

Verhältnis zu den gynäkologischen Fällen, anschaulicher darstellen als Worte.

Unsere Ergebnisse stimmen mit denen der Literatur überein, woraus man doch eine gewisse Gesetzmäßigkeit im Krankheitsbild der Tubargravidität ableiten und eine bestimmte Prognose erschließen kann.

Die Kurven, die eine engere Beziehung zueinander haben sind jeweils auf ein Blatt zusammen gezeichnet.

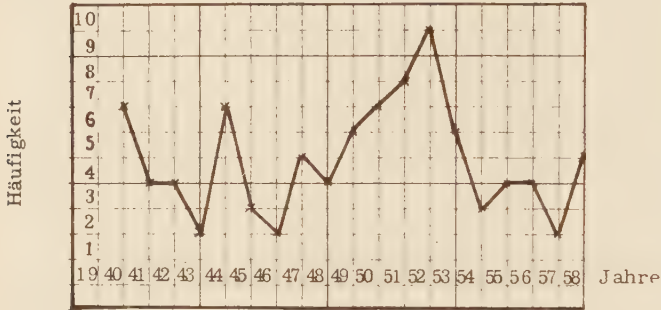
Kurve I (S. 4) stellt die Häufigkeit der Entbindungen nach vorausgegangener Tubargraviditäten in den einzelnen Jahren dar, Kurve II (S. 4) zeigt das Verhältnis dieser Entbindungen zu den gynäkologischen Fällen.

Hervorstechend an diesen beiden Kurven ist die sowohl absolute (I) als auch relative (II) hohe Zahl der Entbindungen nach EU im Jahre 1952 und der gleichmäßige An- und Abstieg um dieses Jahr. 1952 hatten normal viele Frauen entbunden, (1433), auch war in dieser Zeit weder eine besondere Krankheit in Unterfranken aufgetreten, noch eine politische Änderung. Dies sei deshalb erwähnt, weil in der Literatur des öfteren Häufungen der EU zu Besatzungszeiten mit illegalen Eingriffen in bestehende Schwangerschaften beschrieben werden. Im Jahre 1945 hatte die Geburtenzahl an unserer Klinik ihren Tiefststand (821 Entbindungen) erreicht und stieg 1946 wieder auf 1129 Geburten an, während es in diesem Jahr nur zwei Entbindungen nach Tubargraviditäten waren, wie im Jahre 1957 mit 1635 Entbindungen (s. Kurve II). Die Anzahl der Tubargraviditäten lag um das Jahr 1952 nicht höher als sonst (1950 - 10, 1951 - 14, 1952 - 13 Tubargraviditäten). Eine Antwort auf die Frage: weshalb der Anstieg der Entbindungen nach EU im Jahre 1952, kann noch nicht gegeben werden.

Kurve III (S. 6) zeigt die Häufigkeit der Tubargravidität im bestimmten Alter, Kurve IV (S. 6) das Alter der Frauen, bei denen die EU die erste Schwangerschaft war. Aus diesen Kurven, die sich mit den Literaturangaben decken, kann man doch gewisse Schlüsse für die Fertilität bzw. Sterilität ziehen, wenn die Tubargravidität in bestimmten Lebensjahren auftritt. Nach unseren Kurven wäre dann eine günstige Prognose für eine neuerliche normale Schwangerschaft zu stellen, wenn die EU zwischen 26 und 31 Jahren, auftritt, während in der Literatur das Alter noch bis zu 35 Jahren günstig beurteilt ist. So schreiben J. MATHIEU und A. SOULERIN, daß die Aussichten für eine neuerliche

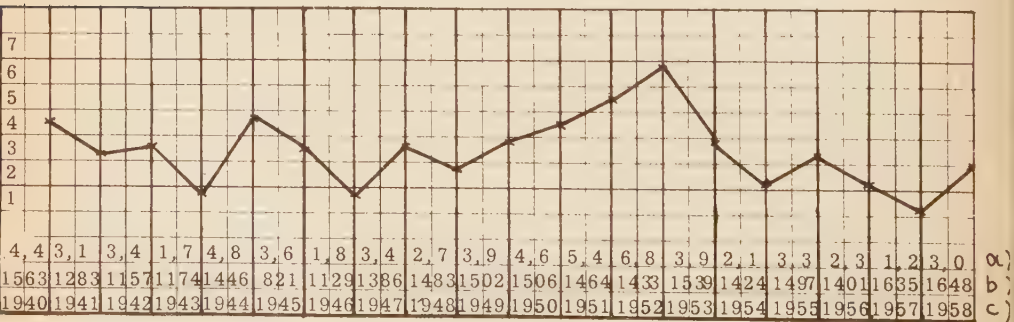
Kurve I:

Verteilung der 95 Fälle über die Jahre 1940 - 1958



Kurve II:

Angabe und Darstellung der Entbindungen nach Tubargravidität in $\frac{0}{100}$ im Vergleich zu den Entbindungen insgesamt in den Jahren von 1940 - 1958



a) $\frac{0}{100}$

b) Entbindungen insgesamt im betreffenden Jahr

c) Angabe des Jahres

Schwangerschaft günstig seien bei Frauen unter 35 Jahren mit gesunden Adnexen der Gegenseite, wenn zwischen Heirat und Tubargravidität keine Sterilitätszeichen vorhanden gewesen seien und, wenn die letzte Gravidität nicht mehr als 5 Jahre zurückgelegen habe.

Bei unseren Fällen lagen zwischen EU und nachfolgender Gravidität nie mehr als 2 - 3 Jahre, meist war nur ein Jahr Zwischenzeit. Dreimal trafen sogar Tubargravidität und Entbindung in das gleiche Jahr.

Bei den Frauen, bei denen die Tubargravidität die erste Schwangerschaft gewesen ist, war diese nie später als 1 - 1 1/2 Jahre nach der Eheschließung erfolgt.

Zu dem günstig beurteilten Alter zwischen 26 und 35 Jahren wäre noch einschränkend zu bemerken, daß in dieser Zeit die Tubargravidität auch am häufigsten auftritt, wie das wiederholt in der Literatur belegt wird.

N. M. GROSHKOV und E. T. FROLOVA erarbeiteten eine Statistik aus dem Krankenhaus Kolomensk über die Zeit von 1945 - 1955. Dabei fanden sie unter 16708 Patientinnen der gynäkologischen Abteilung 338 Fälle von Tubargraviditäten, wobei die EU meist bei Frauen im Alter zwischen 26 - 35 Jahren auftrat, nach vorher überstandenen Aborten und Fehlgeburten. Die gleiche Altershäufung beschreibt Y. K. YAKUBOV, der 63,53 % aller ectopischen Schwangerschaften bei jungen Frauen zwischen 25 und 35 Jahren findet.

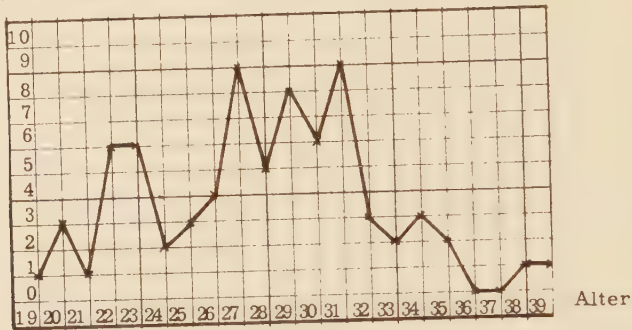
Fehlgeburten vor der Tubargravidität konnten wir nur in 6 Fällen feststellen. Davon hatten 4 Patientinnen eine und eine Patientin zwei Fehlgeburten in der Geburtenanamnese. Unmittelbar vor der ectopischen Schwangerschaft war nur einmal eine solche. Diese geringe Zahl spricht für die im Schrifttum aufgezeigte schlechte Prognose für eine neuerlich Intrauterin-Gravidität, wenn der EU Fehlgeburten vorausgegangen sind.

Fehlgeburten nach der Tubargravidität waren 11 mal angegeben, davon ebenfalls nur eine unmittelbar nach der EU. Auffallend an den beiden Kurven war noch, daß von den 6 Tubargraviditäten im Alter von 22 Jahren 5 Erstgraviditäten waren.

Kurve V (S.7) zeigt, nach wieviel Entbindungen bei den 95 Fällen noch eine Tubargravidität aufgetreten ist. Auch sie deckt sich mit den Ergebnissen aus der

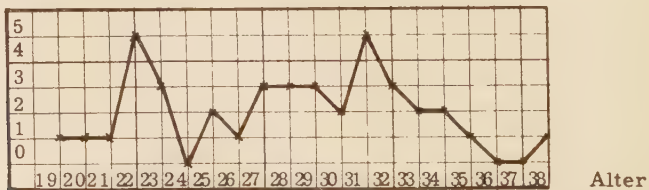
Kurve III:

Diese Kurve soll in graphischer Darstellung das Auftreten der Tubar gravidität im bestimmten Alter zeigen.



Kurve IV:

Unter den 75 Fällen von Tubargravidität befanden sich 39 Frauen, bei denen die Tubargravidität die erste Schwangerschaft war.



Diese Kurve soll ebenfalls zeigen, wie alt die Patientinnen bei ihrer ersten Schwangerschaft, die eine Tubarschwangerschaft war, gewesen sind.

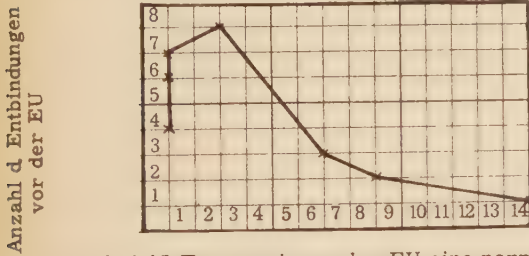
Literatur. ERHARDT z.B. schreibt, daß die Gefahr für eine Tubargravidität mit dem Alter der Patientin steige und mit der Anzahl der Entbindungen falle.

Nach unserer Statistik hatten 15 Patientinnen nur eine Entbindung voraus, 8 nur zwei und ab 3 Geburten fällt die Kurve steil ab.

Kurve V:

Diese Kurve zeigt graphisch, wieviel Entbindungen der Tubargravidität jeweils vorausgegangen waren.

Nach EHRHARDT soll die Tubargravidität mit dem Alter zu- und mit der Anzahl der Entbindungen abnehmen



z.B. bei 15 Frauen gingen der EU eine normale Entbindung voraus,
bei 9 Frauen waren 2 Entbindungen vorher usw. ...

DIAGNOSE UND THERAPIE DER ECTOPISCHEN SCHWANGERSCHAFT:

Es wurde immer wieder die Frage gestellt, ob man bei einer Tubargravidität nicht gleich beide Tuben entfernen sollte, um einer erneuten EU vorzubeugen. Wie die Erfahrung zeigt, besteht große Gefahr für eine rezidivierende EU des kontralateralen Eileiters. Hierzu sei nochmals J. MATHIEU und A. SOULERIN erwähnt, die 70 Fälle von Tubargravidität, bei denen sowohl die Vorgeschichte wie der Adnexbefund bei der Operation und der Verlauf genau bekannt waren, bezüglich der weiteren Konzeptionsmöglichkeiten untersuchten. Es zeigte sich, daß die Prognose vor allem vom Zustand der Adnexe der Gegenseite abhängig war. 8 von 16 Frauen, die vor der Operation schon Kinder hatten, trugen auch nachher Schwangerschaften aus. Bei den Nulliparen betrug die Zahl der postoperativ ausgetragenen Schwangerschaften nur 16,7 %. Günstiger war die Prognose bei jungen Frauen, bei denen die Extrauterine kurz nach Aufnahme des Geschlechtsverkehrs auftrat und bei welchen keine Aborte und Adnexerkrankungen vorausgegangen waren. Von den Frauen mit gesunden Adnexen der Gegenseite wurden 40,5 % schwanger und trugen die Schwangerschaft auch aus. In 12,2 % kam es zu Aborten und in 12,2 % zu neuerlicher EU. Bei kranken Adnexen der Gegenseite betrug die Sterilität sogar 86,3 %.

Nach einer Arbeit von Normanda ARENAS und Y. A. FOIX liegt die Anzahl der Rezidive noch höher. Sie untersuchten 30 Frauen, bei denen wegen einer EU eine Tube entfernt worden war, nach durchschnittlich 3,9 Jahren. Durch Persufflation und/oder Hysterosalpingographie konnte in 19 Fällen ein Verschluß der verbliebenen Tube, in 11 Fällen Durchgängigkeit festgestellt werden. Aus der letzten Gruppe zeigten jedoch nur 2 Frauen völlig normale Verhältnisse. Hier wird empfohlen, da die Rezidivhäufigkeit hoch sei (21,4 %), bei Frauen ab 40. Lebensjahr, die schon Kinder haben, bei EU beide Tuben zu entfernen.

Obwohl relativ große Aussicht für eine erneute ectopische Schwangerschaft nach EU besteht, sollte man dennoch davor nicht zu sehr erschrecken und die EU so konservativ als möglich behandeln. Sicher bringt die Tubargravidität auch heute noch Gefahren mit sich, jedoch sind diese auf Grund der verbesserten Narkose und Operationstechnik, der nicht zu unterschätzenden schnelleren Transportmög-

lichkeiten und neuer diagnostischer Erkenntnisse, erheblich gesunken. Die Mortalität bei EU liegt bei weitem nicht mehr so hoch wie früher.

Nach größeren Statistiken, so schreibt HASELHORST im Jahre 1953, soll die Sterblichkeit zwar noch bei 3 - 4 % liegen, wobei er aber gleichzeitig sagt, daß sie nach Einzelstatistiken tatsächlich auch mit 0 % (ROEDELIIUS, KÜPFERBERG, KRÖNIG) angegeben sei. In Rostock und Wiesbaden habe sie in dieser Zeit bei 335 Fällen 0,9 % (3 Todesfälle) betragen. J. T. ARMSTRONG und MOORE zeigen bei 388 Fällen von Tubargravidität eine Sterblichkeit von 0,7 % auf.

An der Universitätsklinik hier kann die Mortalität bei EU in den letzten 10 Jahren unter der Leitung von Professor Dr. K. BURGER mit 0 % angegeben werden, obwohl die Frauen gar nicht so selten erst mit rupturierter Tube eingeliefert worden waren. Den einzigen Todesfall im Jahre 1957 darf man sicher hier nicht zählen, denn diese Patientin kam nach Angaben der Krankengeschichte in moribundem Zustand völlig ausgeblutet in der Klinik an.

Von sehr wesentlicher Bedeutung für Therapie und Prognose der Tubargravidität ist natürlich auch heute noch die möglichst frühe Diagnosestellung. Dazu darf man sagen, daß das Wissen um die Symptome der Bauchhöhlenschwangerschaft heute mehr als früher Allgemeingut des praktischen Arztes geworden ist. Er denkt häufiger an eine EU und weist die Patientin in eine Klinik ein, wo die Verdachtsdiagnose erhärtet und die richtige Therapie angewandt werden kann. Das beste diagnostische Mittel ist auch heute noch die Douglaspunktion. In der Hand des Geübten wird dadurch in 90 % der Fälle die richtige Diagnose gestellt. Von KUHLENKAMPFF und GERLACH wurden außerdem noch die Punktion von den Bauchdecken aus empfohlen, die jedoch keine so guten Ergebnisse, wie die Punktion vom hinteren Scheidengewölbe aus, zeigt.

Auch die biologischen Schwangerschaftsreaktionen können zur Unterstützung der Verdachtsdiagnose herangezogen werden, wenn sie, sofern mit aller Wahrscheinlichkeit eine Intrauteringravidität ausgeschlossen werden kann, positiv ausfallen. Ebenso gibt die Blutungsanamnese, die vor allem von W. KÜBERT herausgearbeitet wurde, wertvolle Hinweise.

Neben der beschriebenen frühzeitigeren Diagnose ist es aber vor allem die verbesserte Operationstechnik, die der Tubargravidität und besonders der Tuben-

ruptur, ihre früher berechtigten Schrecken nimmt.

Zwar zeigten Laparotomien (HASELHORST) aus anderen Ursachen, daß Spontanheilungen gar nicht so selten seien. Dadurch angeregt, habe man vor fast 100 Jahren eine Heilung dadurch zu erzielen versucht, indem man Morphium in den Eisack oder Foeten einspritzte (JUOLIN) oder elektrischen Strom (BRUCI) oder Röntgenstrahlen anwandte, um dadurch den Foeten abzutöten.

Doch von all den konservativen Behandlungsformen ist man heute abgekommen, da die Operation bessere Ergebnisse brachte. Von J. VEIT wurde erstmals im Jahre 1884 die Entfernung der ectopischen Schwangerschaft auf operativem Weg vorgeschlagen und heute wird jede Tubargravidität operiert. Welcher Art jedoch die Operation sein wird, sollte jeweils genau überlegt werden. Meist wird die befallene Tube entfernt, was, wenn die kontralaterale Tube unverändert ist, kein allzu schwerer Entschluß ist. Beide Tuben sollte man nur dann entfernen, wenn die der Gegenseite schwer verändert, die Patientin schon älter ist und bereits Kinder hat. Den kontralateralen Eileiter generell mit zu entfernen, wie das von KULENKAMPPFF u. a. vorgeschlagen wurde, dürfte ein zu radikaler und abzulehnender Eingriff sein, zumindest dann, wenn dieser Eileiter unverändert erscheint. Der Tatsache, daß es in etwa 5 - 12 % der Fälle von EU (DIETRICH 4,68 %, REINMANN 4,8 %, 12,2 % nach MATHIEU) zu einer erneuten Tubargravidität kommt, steht das Ergebnis größerer Statistiken gegenüber, wonach etwa 40 % (HASELHORST, MATHIEU) der operierten Frauen später noch ein- und mehrmals Schwangerschaften austragen konnten. Desgleichen spricht gegen die beidseitige Exstirpation das Ergebnis dieser Arbeit, wonach 39 Ehen kinderlos geblieben wären, hätte man sofort beide Tuben entfernt. Wir stehen auf dem Standpunkt, wenn eben möglich, den gegenseitigen Eileiter zu belassen. Nur wenn dieser schwer verändert ist, versuchen wir den befallenen durch eine konservative Operation zu erhalten, und den anderen evtl. zu heilen. Ist z. B. dessen Ostium abdominale durch Einkrepelung der Fimbrien und deren Verklebungen undurchgängig geworden, so versucht man dieses Hindernis (HASELHORST) durch Spreizen zu beseitigen. Um die befallene Tube zu erhalten, hat man die sog. konservative Operation entwickelt, die allerdings nur dann Aussicht auf Erfolg verspricht, wenn sich das Schwangerschaftsprodukt im ampullären Teil der Tube befindet und noch nicht zu weit fortgeschritten ist. Günstig ist es, wenn der Foetus bereits

abgestorben und der Fruchtsack aus seinem Eibett herausgetreten ist. Man kann in diesem Falle das Gebilde mühelos aus dem abdominalen Tubenostium herausstreifen. In anderen Fällen macht man über der Stelle des Eisesitzes einen kleinen Einschnitt in Längsrichtung und entfernt so das Schwangerschaftsprodukt, evtl. schließt man die Säuberung des Wundbettes mit Kürette oder scharfem Löffel an (HASELHORST, W. SWIENTY, R. VALESTIN).

Zwar ist eine ausgetragene Schwangerschaft nach beidseitiger Tubargravidität mit konservativer Operation, heute immer noch ein seltenes Ereignis, aber es wurden bereits mehrere Fälle beschrieben. Die Skepsis, die von vielen Seiten dieser Operation entgegen gebracht wird, ist verständlich. Es ist einleuchtend, daß eine durch eine Operation gereizte Tube leichter zu Verklebungen neigt als eine unberührte. Deshalb ist man nicht verwundert, daß danach die Gefahr zu Rezidiven noch mehr steigt. Aber warum sollte man nicht versuchen, der Patientin mit dringendem Kinderwunsch die Möglichkeit einer normalen Schwangerschaft zu lassen und ihr immerhin noch die Hoffnung auf ein lebendes Kind zu geben, zumal eine Tubargravidität heute eine so geringe Mortalität zeigt.

Zu dieser schwierigen Frage sei eine amerikanische Arbeit von W. SWIENTY und R. F. VALENTIN erwähnt. Verff. erwägen das Für und Wider, um dann doch in besonders gelagerten Fällen die konservative Operation durchzuführen: STROMME habe im Jahre 1935 den ersten Fall von intrauteriner Schwangerschaft nach vorheriger wiederholter Tubargravidität, die durch Salpingotomie behandelt worden war, in der englischen Literatur veröffentlicht.

In letzter Zeit sei man zu der Ansicht gekommen, so schreiben Verff., daß die "Tubenwiederherstellungsoperation" fast immer eine unerfolgreiche Prozedur sei. Dieser Eindruck wurde durch die häufigen Rezidive noch verstärkt. MAYO und STASSMAN hätten andererseits die konservative Operation zur Erhaltung der Fertilität befürwortet. MAKUDA wiederum war für die Entfernung beider Tuben in jedem Falle von ectopischer Schwangerschaft, nachdem er 250 Patientinnen, die wegen EU operiert worden waren, untersucht hatte und dabei eine Rezidivhäufung von 22,2 % fand und 48,5 % von diesen Frauen steril blieben. RUBIN hat wieder den Gegenstandspunkt vertreten: man solle in den Fällen von Tubargravidität, wo

die Patientin auf jede Gefahr hin ein Kind haben möchte und eine erneute EU riskiere, eine plastische Operation am Tubenstumpf durchführen.

Bei den meisten amerikanischen Chirurgen bestünde heute kein Zweifel mehr darüber, daß man wenigstens versuchen sollte, die Fruchtbarkeit zu erhalten, wenn bestimmte Voraussetzungen gegeben seien. Diese stellte STROMME wie folgt zusammen:

1. die Tube darf vorher nicht rupturiert sein,
2. Fehlen oder offensichtlicher Verschuß der Gegenseite,
3. ausgesprochener Kinderwunsch der Patientin und deren Ehemann.

Verff. führen dann den 2. und 3. Fall von erfolgreich durchgeführter konservativer Operation in der engl. Literatur an. CAFFIER habe außerdem 10 Patientinnen, die vorher eine EU hatten, konservativ operiert, vier von diesen hätten später eine normale Schwangerschaft gehabt. FERRY habe im Jahre 1955 eine Tubenplastik wegen einer rezidivierenden Tubarschwangerschaft gemacht, der 2 Jahre später die Geburt eines 4800 g schweren Kindes gefolgt sei. TAUSCH habe einen ähnlichen Fall veröffentlicht, wo er bei wiederholter Tubargravidität, statt die Tube zu entfernen, eine Fimbrienplastik gemacht habe. Dieser Operation seien 2 intrauterine Schwangerschaften gefolgt drei und vier Jahre später. Neun Jahre nach der zweiten Geburt ereignete sich bei der Patientin eine dritte ectopische Schwangerschaft. Diesmal seien nun auch die zweiten Adnexe entfernt worden. Am Ende seien Verff. wörtlich zitiert: "Nach diesen Berichten und unseren eigenen beiden Fällen, glauben wir, daß alles getan werden sollte, um die geschädigte Tube ganz oder wenigstens Teile von ihr zu erhalten. In jedem Falle sollte man die Art der plastischen Operation wählen, die den größten Erfolg verspricht. Dies ist von ganz besonderer Wichtigkeit bei einer Frau, die noch nicht geboren hat".

Selbst wenn die Erfolge nach der konservativen Operation heute noch gering sind, bemühen auch wir uns, diese in möglichst vollkommener Weise durchzuführen.

Von ausschlaggebender Bedeutung für den Erfolg einer solchen Operation wäre die entsprechende Nachbehandlung, die immer noch ein dunkles Kapitel auf die-

sem Gebiet bedeutet. CAFFIER und TÜSCHLER schlugen Gaben von Follikelhormon vor, um eine erneute Verklebung der Tube zu verhindern. Alvaro de SALLES führt eine Eileiterplastik mit Polyäthylenkatheter durch. (Bei dieser Therapie darf der Tubenverschluß nicht auf Tubenspasmus beruhen, was ja nach der konservativen Operation sicherlich nicht der Fall ist, sondern es sich meist um eine organische Verklebung handelt). Verf. gibt zu diesem Zweck 8 Tage lang täglich 10 mg Prednison oder Prednisolon, per os und führt dann eine Hydrotubation mit Cortison und Penicillin aus. Vorher kann evtl. eine einfache Persufflation mit Kohlensäure versucht werden. Viele Fälle von Tubenverklebungen würden auf diese Weise gelöst. Andernfalls bestehe bei Frauen unter 35 Jahren die Indikation zur Plastik der verklebten Tube. Verf. führt vor der Operation eine Insufflationssonde ein. Durch die Insufflation während der Operation könne man den genauen Punkt der Tubenverlegung feststellen. Die Fimbria ovarica wird dann mittels 0000-Seidenfäden fixiert und durch das ostium abdominale ein 1 mm dicker Polyäthylenkatheter, der auf einen dünnen Führungsdraht aufgezogen ist, eingeführt und weitergeschoben, bis er auf Widerstand stößt. Diese Manipulation muß mit größter Vorsicht und Schonung vorgenommen werden. Falls distale Obstruktionen festgestellt werden sollten, werden sie bei dieser Gelegenheit beseitigt. Meistens liegt der Verschluß im Isthmus oder im interstitiellen Teil der Tube. Der verschlossene Abschnitt wird dann zusammen mit dem tubouterinen Implantationsgebiet breit aus der Gebärmutter ausgeschält, wobei das cavum uteri freigelegt wird. Das neue proximale Tubenende wird längsseits geschlitzt und die geformten Labien mit einem 000 Nylonfaden versehen. Durch die Cervix wird nun eine WEISMANNSche Führungssonde eingeführt und deren oberes Ende zur neu angelegten uterotubalen Öffnung herausgeleitet. Daran wird der proximale Teil des Polyäthylenkatheters befestigt. Durch Entfernung der Sonde wird dieser Katheter bis zur Cervix durchgezogen und dort befestigt. Darauf wird der proximale Tubenteil mit feinen Nylonfäden in die Uteruswand eingenäht. Der Polyäthylenkatheter muß 3 cm über das Ostium abdominale hinausstehen; wenn dieses freie Ende länger ist, kann es Unterleibsschmerzen verursachen. Verf. entließ die Pat. am 5. Tag, entfernte den Katheter, wenn möglich am 9. Tag des Cyclus und schloß gleich eine Hysterosalpingographie an. In den folgenden Monaten müsse dann immer während der prä-ovulatorischen Phase eine Persufflation ausgeführt werden. Bei Auftreten

von Widerstand griff Verff. auf die oben angeführte Hydrotubation zurück. Verff. hatte auf diese Weise 12 Frauen operiert, von denen 4 schwanger wurden und normale Geburten hatten, eine 5. hatte eine Tubenschwangerschaft, die anderen Pat. standen noch unter Kontrolle.

Sicher ist diese Methode bei den meisten Patientinnen nicht durchführbar, da sie sehr viel Zeit erfordert, aber immerhin ist hier ein Weg zur Nachbehandlung gezeigt.

STELLUNGNAHME ZUR FRAGE DER ÄTIOLOGIE DER EU:

Wir Ärzte begehen leider oft den Fehler, daß wir nicht genau genug die Ursache für diesen oder jenen pathologischen Zustand unserer Patienten zu erforschen versuchen. Würden wir uns dafür genügend Zeit nehmen, so könnten wir manchmal gezielter und somit erfolgreicher Therapie betreiben.

So ist auch das Ereignis der Fehlimplantation des befruchteten Eies in die Tube nur ein Symptom, die Folge eines pathologischen Geschehens in der Tube, sei es, daß der Eileiter durch anatomische Mißbildung oder durch entzündliche Prozesse teilweise verschlossen ist, oder, daß er sich funktionell durch einen Spasmus kontrahiert hat. Nur wenn wir den jeweiligen Grund für die Fehlnidation finden könnten, wäre eine nachfolgende Therapie sinnvoll und könnte Aussicht auf Erfolg versprechen.

Die häufigste Ursache für die EU wird sicher die Entzündung sein. An zahlreichen untersuchten Operationspräparaten wurden diese entzündlichen Veränderungen festgestellt, die teils durch Gonorrhoe, teils durch Tuberkulose und meist durch unspezifische Adnexprozesse hervorgerufen worden waren.

Die Gonorrhoe als Ursache hebt vor allem A. PFAFF (KOREA, PUSAN) hervor. Verff. schreibt, daß 6,9 % aller gynäkologischen Aufnahmen wegen ectopischer Schwangerschaft gekommen seien und sieht den Grund hierfür in der weiteren Durchseuchung der Hafenstadt mit der Gonorrhoe.

Über die tuberkulöse Genese berichtet u. a. J. HALBRECHT. Von 100 mit Tuberkulostatika behandelten Frauen seien nur 20 schwanger geworden, 80 % blieben steril. Bei den 20 Schwangerschaften handelte es sich auffallenderweise in 14 Fällen um eine Tubargravidität.

Vielleicht wäre es möglich, bei der Behandlung der Genitaltuberkulose durch wiederholte Tubendurchblasungen eine Verklebung der Eileiter zu vermeiden.

Eine andere Frage ist aber noch die: ist die Tube entzündlich verändert, woher kommt die Entzündung, wenn die Tuberkulose und Go. nicht nachzuweisen ist? Wenn die meisten Operationspräparate unspezifische Veränderungen aufweisen, so

müßte man daraus erschließen, daß die Tube primär für Entzündungen sehr anfällig wäre, was doch in keiner Weise erwiesen ist.

Daß beim Tier die Eileiterschwangerschaft zu den allergrößten Seltenheiten gehört, scheint für die primäre entzündliche Genese zu sprechen, denn bei ihm ist eine Entzündung so gut wie ausgeschlossen. Das weibliche Genitale des Tieres dient allein der Fortpflanzung und ist nicht wie bei der Frau den Gefahren der Infektion durch Kohabitation und evtl. Abtreibungsversuchen ausgesetzt. Dazu muß aber gesagt werden, daß das Genitale der Frau sicher feineren nervösen und hormonalen Regulationen unterliegt als das des Tieres und daß bei der Frau die psychische Komponente eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen dürfte.

Wenn schon der Periodenzycus sehr von der psychischen Verfassung der Frau abhängig ist, warum sollte dann dieses Moment beim Transport des Eies durch die Tube nicht von Wichtigkeit sein? Auffallend ist ja auch die häufige Sterilität nach Tubargravidität, die eben so oft wie die rezidivierende EU verzeichnet wird und eine sehr bedauerliche Folgeerscheinung ist.

Hierzu sei eine Arbeit von J. ASCHERMANN erwähnt: Verf. führt an, daß seit der Einführung der Antibiotika und dem Rückgang der Go. keine Abnahme der EU zu verzeichnen sei. Bei der Betrachtung des nicht zu leugnenden Zusammenhanges von EU und Sterilität fand Verf., daß die EU doppelt so häufig sei nach provoziertem Abort, wie es in Rußland 16 Jahre lang geübt wurde, wobei ein vorher nicht infizierter Uterus vorhanden gewesen sei, während die Gebärmutter bei Kürettage wegen Spontanabort vorher mit Mikroben besiedelt war. Auf Grund eigenen Materials stellte Verf. nach provoziertem Abort in 31 % von 500 Fällen Sterilität trotz normalem Genitalbefund fest, während die Sterilität nach Spontanabort unerheblich war. Zur Erklärung dieser Tatsache wird das psychische Trauma, der Schuldkomplex angesehen. Der Zustand der Spannungen und psychischen Störungen könnten das endokrine und ebenso das neurovegetative System erheblich beeinflussen. Die Schlußfolgerung sei diese: das Problem der funktionellen Sterilität und der EU könne vom gleichen Standpunkt aus ätiologisch als Ausdruck eines nervös seelisch beeinflussten Vorganges betrachtet werden; die Tubargraviditäten seien zum großen Teil auf eine vegetative Funktionsstörung zurückzuführen.

Neben dem oben angegebenen Schuldkomplex als Ursache der nachfolgenden Sterilität, der ja oft nicht vorhanden ist, dürfte die Angst vor einer erneuten EU mit all ihren Schmerzen oder auch der krampfhaftes Kinderwunsch eine Rolle für die seelischen Spannungen spielen.

In diesen Fällen von Tubargravidität und nachfolgender Gefahr der Sterilität wären die Bemühungen eines guten Psychotherapeuten die einzig mögliche Therapie, wie diese z. B. J. H. MORTEN beschreibt.

Die Ätiologie der jeweiligen Tubarschwangerschaft zu ergründen und Wege für eine gezielte Therapie zu suchen, wäre sicher eine lohnende Mühe und könnte die bedauerliche Sterilität nach ectopischer Schwangerschaft positiv beeinflussen.

ZUSAMMENFASSUNG:

In der Zeit vom 1.1.1940 bis 31.12.1958 wurden unter 26491 Entbindungen an der Universitätsfrauenklinik Würzburg 95 Entbindungen nach vorausgehender Tubargravidität gezählt, das sind 0,382 %.

Unter den 95 angegebenen Fällen befanden sich aber nur 75 Tubargraviditäten, bei den restlichen 20 Entbindungen handelte es sich um wiederholte Entbindungen an dieser Klinik.

Im Ganzen hatten diese 75 Frauen noch 120 mal nach ihrer ectopischen Schwangerschaft entbunden, das wären bei 26516 Geburten 0,45 %.

Zum Schluß obliegt mir die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Victor DUBRAUSZKY für die Überlassung des Materials und die Übernahme des Referates meinen herzlichsten Dank auszusprechen.

Ebenfalls möchte ich Herrn Privat-Dozenten Dr. RUMMEL danken für die vielen Ratschläge, die er mir bei der Ausarbeitung des Themas gegeben hat.

LITERATURVERZEICHNIS

- | | |
|---------------------------------|--|
| ARMSTRONG, J. T. , | Ectopic Pregnancy. A review of cases.
South Med. j. 50, 587-539, 1957 |
| Seward H. WILLS and Jack MOORE: | |
| ASCHERMANN, J. G. : | De l'etiologie des grandes extrauterines.
Gynec. et obstetr. 56, 462-466, 1957 |
| EHRHARDT u. JACOBZINER: | Amer. J. Publ. Health, <u>46</u> , 828, 1956 |
| GROSKOW, M. N. and | Ectopic pregnancy Berichte Bd. 62 S. 250 |
| E. J. FROLOVA: | |
| GOLSTERER, E. C. : | Intrauterine pregnancy after operation on both
tubes for successive ectopic gestations.
Amer. obstetr. 75, 1131-1133, 1958
Berichte Bd. 65 S. 333 |
| HASELHORST, G. : | Die ektopische Schwangerschaft (Seitz
Amreich "Histologie und Pathologie des
Weibes" 1953 |
| HALBRECHT, J. : | Healed genital tuberculosis: A new etiolog.
factor in ectopic pregnancy Obstetr. Gynecol
10, 73-76, 1957 Berichte Bd. 63 S. 253 |
| JANNINEN, P. A. and | Pregnancy following contalateral haematosal-
pinx... Ann chir. et gynaec. fenn. 45, |
| Olavi KINNUNEN: | 275-278, 1956 Berichte Bd. 62 S. 58 |
| MATHIEU, J. et A. SOULERIN: | Le prognostic osterical apres grandes extru-
terine Rev. franc. Gynec. 52, 167-176, 1957
Berichte Bd. 64, 234 |
| MORTON, J. H. : | Three obscure cases of female infertility
Internat. Rec. , Med. 171, 63-72, 1958
Berichte Bd. 65, 278 |
| ARENAS, Normanda, | Verbleibende Tube bei, wegen Tubarschwan-
gerschaft steril gewordener Frauen. Semana |
| Roque O. BRUNO y Antonio FOIX: | Med. Nr. 3274, 489-492, 1956
Berichte Bd. 61, 57 |
| PFAFF, A. : | Wandel der Erscheinungsformen der EU zwi-
schen Europa und Ostasien. Zbl. Gynaec. 79,
578-583, 1957 Berichte Bd. 62, 251 |

SALLES, A. A. de:

Eileiterplastik mit Polythylen ausgeführt
Erfahrungen in 12 Fällen. An. brasil.
Ginecol. 45, 73-82 1958 Berichte, Bd. 65, 279

SWIENTY, W., M.D. and
R. F. VALESTIN M.D.:

Full term intrauterine gestation after sal-
pingectomy and sapingostomy for two con-
secutive ectopic pregnancy. Amer. j. Obst.
Gyne. 74, 193-195, 1957

YAKUBOV, K. Yu:

Extrauterin pregnancy. Ginek. 34 H. 2, 60-64
1958 Berichte Bd. 65, 239

LEBENS LAUF

Ich, Elisabeth Schneider, wurde am 6.10.1930 als Tochter des Landwirts Joseph Schneider zu Ebersbach im Spessart geboren. Dort besuchte ich 8 Jahre lang die Volksschule und trat im Dezember 1945 in die 3. Klasse der Mädchen-oberrealschule zu Aschaffenburg ein, wo ich im Juli 1952 das Reifezeugnis erhielt. Im Mai 1953 begann ich mein medizinisches Studium an der Universität Würzburg und legte dort nach 5 Semestern im Oktober 1955 die ärztliche Vorprüfung ab. Sodann studierte ich das Wintersemester 1955/56 in Freiburg im Breisgau, das folgende Sommersemester in Wien und im Wintersemester 1956/57 in Kiel. Im Mai 1957 immatrikulierte ich mich wieder an der Universität Würzburg und bestand hier im Februar 1959 das medizinische Staatsexamen.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe. Ein mir früher zugewiesenes Thema habe ich ordnungsgemäß zurückgegeben.

Elisabeth Schneider

